Curarse en Salud

Hacia una lectura teológica de la Sanología cubana
Pautas para una pastoral de la Salud Integral

José Octavio Toledo Alcalde

Tesina
En cumplimiento parcial de los requisitos
para optar al grado de Bachillerato en Ciencias Teológicas
Profesora guía: Mg. Nidia Fonseca Rivera

UNIVERSIDAD BÍBLICA LATINOAMERICANA
San José, Costa Rica
Abril de 2010

Curarse en Salud

Hacia una lectura teológica de la Sanología cubana
Pautas para una Pastoral de la Salud Integral

Tesina
Sometida el 14 de Abril de 2010 al cuerpo docente de la Universidad Bíblico Latinoamericana en cumplimiento parcial de los requisitos para optar al grado de Bachillerato en Ciencias Teológicas por:

José Octavio Toledo Alcalde

Tribunal integrado por:

____
Mg. Mireya Baltodano. Decana

____
Mg. Nidia Fonseca, Profesora Guía

____
Dr. Roy May, Profesor Lector

DEDICATORIA

A la memoria de mis abuelos y abuelas quienes sembraron a mis padres.

A los innumerables seres de todas las especies que sufren en silencio, soledad, pobreza y desamparo la más cruel de todas las enfermedades, el desamor.

A mis padres Octavio y Gladys quienes me enseñaron a sentir mi cuerpo desde la compasión y el corazón. A Gladis, Armando y Alejandro, con quienes aprendí la trascendencia del vínculo de la hermandad, por su cariño y amor compartido en medio de tristezas, alegrías y esperanzas. A Elio, mi hijo, quien me sigue como luz que nos alerta a considerar que en la vida es posible más de una oportunidad para levantarse con dignidad. A Isabella, Ricardo y Diego por contagiarme la felicidad y el compañerismo más noble vivido en la inocencia de sus infancias.

A Alexandra, quien con su compañía y presencia vistió cada una de estas páginas de comprensión, alegría, solidaridad y amor incondicional.

AGRADECIMIENTO

Al Dios de la Vida, por su acción en favor de los y las pobres y excluidos/as del sistema.

Al pueblo cubano en quien encontré los motivos suficientes para teologizar desde el ideal de un ser humano nuevo en un mundo nuevo.

A la Mg. Nidia Fonseca Rivera, profesora guía, por su apoyo, acompañamiento y aportes que hicieron posible que este trabajo cumpla con las exigencias académicas requeridas.

Al Dr. Roy May, por las valiosas sugerencias, así como a Janet May por la dedicación demostrada a través de su manual.

Al Dr. Edwin Mora Guevara, por trasmitirle a la investigación la alegría demostrada a través de su calidad humana y precisión metodológica.

A la Mg. Violeta Chamorro, por creer en todo momento que este trabajo puede ser de beneficio para todo aquel y aquella que cree en la salud integral como proyecto vida.

Al cuerpo administrativo, bibliotecario y de servicios generales de la UBL-Costa Rica por su abnegada labor y espíritu de colaboración incondicional.

Al cuerpo administrativo y docente del Recinto Universitario Teológico-AETE (Lima-Perú) por haberme apoyado y acompañado denodada e incondicionalmente, no menciono nombres por ser larga la lista.

A mis maestros y maestras de los diferentes centros de estudios escolásticos y universitarios a los cuales accedí. En especial al Primer Colegio Nacional del Perú Ntra. Sra. Del Guadalupe, a la cual le estoy, al igual que todos sus hijos, agradecido y honrado de por vida por permitirnos formar parte de tan gloriosa tradición.

A los hermanos y hermanas de las Iglesia Evangélica Peruana que compartieron su fe y esperanzas por un mundo y ser humano renovado. Sería larga la lista; cada uno de ellos y ellas saben lo valioso del tiempo compartido en hermandad y compañerismo.

A los hermanos y hermanas de todas las instituciones religiosas que con las cuales compartimos la fe y la misma comunión por la construcción de un mismo Reino de Dios con paz y justicia social.

A los hermanos y hermanas que colaboraron con sus sugerencias para el mejor desarrollo de la presente investigación.

Finalmente, a toda y todo aquel que compartieron y me comparten la fe, la esperanza y la salud integral como vinculo de amistad, compañerismo y hermandad.

CONTENIDO

CAPÍTULO 3

Pastoral de la salud integral
Por el justo equilibrio de los opuestos

ABREVIATURAS

BJ	Biblia de Jerusalén
BM	Banco Mundial
CEEC	Centro de Estudios de Economía Cubana
CECN	Centro de Estudio de Ciencias Naturales
CESBH	Centro De Estudio De Salud y Bienestar Humanos
CIES	Consorcio de Investigación Económica y Social
DDHH	Derechos Humanos
IFC	Corporación Financiera Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Las Naciones Unidas
PSE	Proceso de Salud Enfermedad
PSEH	Procesos Salud Enfermedad Humano
PSI	Pastoral de la Salud Integral
USALC XXI	Universidades de Salud en América Latina y el Caribe en el s. XXI

INTRODUCCIÓN

El fin de la presente investigación es proponer elementos de análisis éticos-teológicos para una pastoral de la salud integral (PSI) a partir de la lectura teológica- desde el *Shalom* y de la Sanología.

El marco teórico sanológico fue propuesto por el por el Centro de Estudio para el Abordaje Académico de la Salud Humana en Cuba. Posteriormente el Centro de Ciencias Naturales (CECN) de la Universidades de Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI perteneciente a la Universidad de la Habana-Cuba, 1990, la cual pasará a ser- posteriormente- el Centro De Estudio De Salud y Bienestar Humanos (CESBH) 1991.

Este será el tiempo en donde se plantean los primeros ensayos de la Sanología. Estos irán siendo sistematizados en los posteriores trabajos y experiencias clínicas. Nuestro trabajo – en principio- abarca algunos de las investigaciones de la CECN hasta lo visto el año 2007.

La Sanología –como modelo de Salud alternativa- nos da tres razones para sostenerse como tema en la presente investigación. En primer lugar, se orienta a proteger y promover la salud de las personas desde la perspectiva del potencial vital y no de la enfermedad. De igual forma, evita los factores de riesgo y fortalece la vitalidad positiva de los y las enfermos. Cuenta con un marco educativo-cultural que se apoya mucho en las familias, las escuelas, los grupos sociales y los medios masivos de comunicación. Por tales razones consideramos que el estudio del tema sería útil en los centros de preparación pastoral y teológica, así como en los diferentes talleres y cursos de formación para agentes pastorales y profesionales de la salud. Por otro lado, el *Shalom,* como categoría ética dentro de su valor polisémico a nuestro parecer requiere ser considerado como eje transversal de valores mediante el cual pueda servirnos de directriz en la propuesta de programas y proyectos que desde la iglesia pensemos desarrollar.

Por eso, estos dos elementos conforman nuestro marco teórico para la presente investigación.

Por último, nos interesa realizar un aporte que contribuya con la construcción de relaciones sociales sanas dentro y fuera de las instituciones religiosas.

Con respecto a los temas de investigación que nos ocupa, esta estructurada en tres capítulos. En el primero, analizaremos el contexto en la relación con la relación salud-enfermedad y la teoría de los cuerpos. Por citar algunos, contamos con García Férez (1998) y Vasco Uribe (1982) quienes sistematizan los tipos de salud a manera de cuadro explicativo. S. Van Erp (2006), realiza un análisis asociativo entre la relación medicina y teología, para posteriormente pasar a Mc Guire y R. North quienes tienen claro que desde el análisis histórico se abordar los antecedentes de las iniquidades sociales que caracterizan las relaciones socio-económicas y generan enfermedades colectivas.

En el segundo tema será Jorge H. Aldereguía y sus tres aportes que nos ayudan a definir y perfilar a la Sanología como modelo de salud pública integral. Son tres las fuentes con las cuales contamos, *Problemas de Higiene social y organización de salud pública* (1990), *La Sanología hoy* (1996) y *Sanología: Paradigma alternativo* (2004). En los tres trabajos el autor trata de ubicarnos desde los antecedentes históricos, el proceso y la actualidad del proceso de salud en Cuba. Es importante notar que la Sanología no existe como tal en el Diccionario de la lengua española. De igual forma trabajaremos la categoría teológica del *Shalom*, para esto contamos con Ivone Gebara (2000-2007), L. Boff (2002-2008), R. Ruether (1993), Ross y Gloria Kinsler (2000) entre otros y otras. Las diferentes perspectivas nos permiten abordar el tema desde su dimensión eco-teológica integral, así como desde su relevancia etimológica.

En el tercer capítulo desarrollamos la pastoral de la salud integral (PSI). Conde Herranz Conde Herranz (2004) y Ramos Guerreira (1999) nos dan las pistas para realizar un ensayo comparativo entre los diferentes modelos de pastoral. Será con Roy May (2004) con quien abordaremos el tema de la PSI y la

ética contextual. Finalmente, la resilencia y la resistencia, como actitudes de empoderamiento frente a la adversidad, serán los tópicos en donde la PSI encuentre uno de sus pilares pedagógicos. En este análisis final serán Aldo Melillo (2002), Suarez Ojeda (2002), Sara Baltodano (2003), Mireya Baltodano (2009) y Edwin Mora (2009) quienes nos acompañan.

CAPÍTULO 1

Salud y enfermedad
Entre respiros y agonías

Introducción

Abrimos esta investigación desde el cuerpo central del tema que nos ocupa, la relación salud enfermedad como proceso integral. La dimensión holística y no alopática de la salud es el reto con el cual cada ser humano se confronta desde su cotidianidad, transcendiendo fronteras, idiomas, creencias, *status* económico, social y político.

En el presente capítulo veremos algunos tipos de conceptos acerca de la salud, actitud contraria al acercamiento clásico a la enfermedad y sus diferentes tipologías. Si bien es cierto, es fundamental rescatar los elementos existentes en la tradición médica de los pueblos originarios, dejaremos el tema para posteriores trabajos, no obstante en este acápite se comente acerca de ellas.

Consideramos que sin la existencia de los cuerpos la salud no tendría razón de ser. No podemos hablar de salud desde experiencias abstractas y vitalidades gaseosas e imaginarias. Necesariamente, el proceso salud enfermedad se desarrolla en dos espacios básicos: la historia y el cuerpo.

Por último, dejaremos constancia de uno de los flagelos más terribles que asola la humanidad de todos los tiempos, el hambre. Conscientes de la urgencia del enfoque holístico creemos que merece la pena ser abordado posteriormente desde la visión del proceso salud-enfermedad-humano (PSEH) sanológico y desde un enfoque en donde al hambre lo podamos observar, no solo, desde su dimensión nutricional, sino, desde la paz y la justicia como pilares de la salud integral.

1. Salud y enfermedad, una mirada desde el Occidente

La salud es uno de los mayores bienes del ser humano. Parafraseando a Pierre Bourdieu, es uno de los capitales simbólicos de mayor relevancia en el devenir histórico de toda existencia sobre el planeta. Nos apoyamos en García Férez (1998,17-22) y Vasco Uribe (1982,56-59) sus propuestas nos ayudan a clasificar los conceptos de salud y enfermedad. García Férez sostiene las siguientes clasificaciones:

- La salud somática: es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas;
- La salud psíquica: es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente; con capacidad de asimilarlos, aceptando y/o modificando el ambiente, obteniendo satisfacciones básicas de carácter personal; de tal manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales.
- La salud social: la cual es condición necesaria para la salud física y mental. Una sociedad enferma da lugar a la aparición de enfermedades individuales (ambiente, vivienda, alimentación, estrés, modo de vida, contaminación, etc.).
- La salud ecológica: las posibilidades de llevar una vida mínimamente normal están en relación directa con la salud ambiental: aire puro, agua limpia, control de ruidos, belleza del ambiente, etc. El autor asevera, el ser humano es un ser vivo solidario del resto de la biosfera.
- La salud mercancía: Vasco Uribe (1982), en el sistema liberal la cosificación de los bienes y medios existentes en el mercado hacen que estos – en teoría puestos al servicio de los y las "consumidoras" - estén al alcance única y exclusivamente de quienes puedan comprarla. Es así, sostiene Vasco, que la relación médico- paciente se debe entender como una

transacción – económica/comercial - la cual está regida por las leyes del mercado capitalista.

En cuanto a la enfermedad, García Férez (1998) sostiene que este término genérico designa un estado del organismo caracterizado por el desequilibrio y la modificación de las constantes vitales. Sin embargo, creemos que la enfermedad va más allá de un asunto orgánico. Desde el aspecto social de las enfermedades, consideramos que son las iniquidades estructuradas aquellas que deben ser consideradas “desequilibrios y modificaciones de las constantes vitales”. Estas iniquidades están relacionadas con situaciones específicas de las mayorías excluidas como: la salud, la alimentación y la educación.

García continúa señalando que el estado de enfermedad proviene de las palabras griegas *nosos* (daño), *phatos* (padecimiento, afección, dolencia), *asthénia* y *arrostía* (debilidad, desvalimiento) y de las palabras latinas *morbus* (que produce la muerte), *passio* (padecimiento o pasión), *aegrotatio* (*aeger:* el que gime o está de mal talante) e *infirmitas* (debilidad, falta de firmeza).Entralgo sostiene, “El modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo, en el cual padecen las acciones y funciones vitales y por el cual el individuo afecto vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal)”. (1968,49)

Una perspectiva holística del proceso enfermedad-salud (PSE) permitiría manejar otras variables como la política, ecología, género, derechos humanos, entre otras. Esta dinámica integral se daría dentro de un marco general de atención primaria, sea desde el programa ambulatorio, hasta la atención hospitalaria. Tomaremos como referencia al Perú y una de las variables -antes citadas- ausente en el PSE: Los derechos humanos (DDHH).

Las decisiones políticas-militares entre los años 1990-2000 (Gobierno de Alberto Fujimori y el asesor del Servicio de Inteligencia Nacional (SIN) , Vladimiro Montesinos), generaron una dictadura cívico-militar desde la cual se restó

responsabilidad al Estado de todo aquello que le compete en materia de DDHH y salud, “no solo ha dificultado la comprensión del proceso salud-enfermedad, sino que también ha limitado el establecimiento de vínculos entre problemas de salud, el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las responsabilidades del Estado”. (Arroyo y otros, 2004,35)

Señalamos de esta manera, que todos los significados de la enfermedad – en su etimología griega - son conceptos que trascienden el aspecto bio-orgánico. Por lo dicho, el PSE mantiene su complejidad en la medida que es entendido como la suma de todos los factores influyentes – como los arriba citados - en el desarrollo ser humano-naturaleza-sociedad desde una perspectiva holística.

1.1 *Teología y ciencias médicas, disciplinas entre la vida y la muerte*

Sin lugar a dudas estamos hablando de dos disciplinas- la teológica y la médica - que se encuentran en el mismo camino vocacional: la promoción y defensa de la vida. Como diría S. Van Erp, “la teología y la ciencia médica comparten el mismo interés por el bienestar del ser humano. Las dos disciplinas académicas tratan de las cuestiones de la vida y la muerte…” (2006,315:149). Estos dos ejes de la historia, al jugarse su razón de ser en torno a la vida, cruzan las fronteras del dogma y la confesionalidad, para inmiscuirse en el conocimiento y la sabiduría. Por lo tanto, el interés del ser humano por la preservación de la especie antecede la aparición de la academia y la institucionalización del conocimiento.

Para Van Erp (2006), la relación entre teología y medicina se ha circunscrito al ámbito de la ética médica y la atención pastoral en casas y los hospitales. Con la aparición de nuevas epidemias – como el VIH sida, entre otros virus encuadrados en las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS - OPS 2006) -la teología que subyace a las denominadas pastorales de la salud han caído en las “redes” de la especialización, lo que ha traicionado la relación contextual y el desequilibrio bio-orgánico.

Por tal razón, sostenemos siguiendo a Gonzales Carvajal (1987) que la intención de nuestra investigación no es el de *medicalizar* la pastoral de la Iglesia, todo por el contrario, es el recordar – lo que el autor llama- el "carácter nuclear de la Pastoral de la Salud", la esencia del mensaje revelado en los dos testamentos, la tradición de pensamiento y la acción de la Iglesia. Desde la perspectiva del autor se refiere como Iglesia a la tradición católico apostólico y romana.

Cabe señalar, que al intentar teologizar para una pastoral de la salud integral nos enfrentamos ante la necesidad de situarnos dentro del contexto médico tradicional. La fragmentación del conocimiento y las especializaciones profesionales hace que tanto la teología como la medicina se hayan convertido en ciencias "despedazadas" epistemológicamente. En palabras de Van Erp, "Los teólogos han dejado pasar la oportunidad de reflexionar sistemáticamente sobre aquellas situaciones que todo el mundo tiene que afrontar en algún momento de su vida: la enfermedad, la atención, el cuidado del otro [y] la muerte (2006, 309).

La pastoral de la salud se encuentra en constante cambio y necesidad de integrarse- interdisciplinariamente- a partir de una lectura crítica de su historia. Este espacio reflexivo nos permitirá discutir sobre las posibilidades de hacer de la salud una realidad integral y esperanzadora adaptada a las exigencias de nuestro tiempo y que responda a las urgencias de los y las excluidas en los diferentes sistemas de salud pública en América Latina.

1.2 *De la atención popular inclusiva a la atención profesional excluyente*

McGuire (1991), sostiene que antes que la medicina pasara a institucionalizarse los problemas de la salud era responsabilidad de las madres, nodrizas, las y los herbolarios, curanderos y curanderas, religiosos y religiosas y comadronas. Cabe mencionar, la vasta tradición sanadora de los pueblos originarios- Aztecas, Mayas, Inca, Mapuches, Guaraníes. Desde la colonización los pueblos invasores se enriquecieron no solo de oro, sino, básica y fundamentalmente de la sabiduría ancestral.

En estas experiencias originarias el poder era distribuido entre aquellos y aquellas que podían ofrecer – desde la propia interacción- soluciones que respondieran a las necesidades concretas del individuo y su entorno. La división de la salud entre especialistas y no especialistas trajo consigo la apropiación del conocimiento en manos de pocos/as. Esta es solo parte de aquella historia de la cual proviene nuestra medicina occidental y a la cual se debe- analítica y críticamente- cualquier pastoral de la salud integral que pretendamos sugerir.

En este trabajo no podremos abordar el proceso salud-enfermedad (PSE) desde las perspectivas de las culturas originarias de América quedando como motivación para posteriores trabajos. No obstante, lo dicho por Cunchillos nos parece pertinente: "Las culturas hispánicas (sic) son herederas de la cultura semítica noroccidental por dos corrientes, la fenicia, que se manifiesta en nuestras costas por lo menos desde el 800 a.C y la hebreo- bíblica, transmitida por el cristianismo siglos más tarde" (Piñero 2001, 37).

2. Cuerpos sin- nudos y la ins- urgencia en sus movimientos

El tema del cuerpo es fundamental para toda pastoral de la salud. Pero, se debe tener en cuenta que el cuerpo ha sido fragmentado para ser estudiado y "sanado". La fragmentación de los cuerpos ha ocupado un sin número de investigaciones, comentarios y reflexiones los cuales son los espacios fundamentales e indispensables para abordar el tema de la salud. Es así, como desde la fragmentación de los cuerpos abordaremos el hambre como una de las expresiones inicuas más despiadadas en contra de toda forma de vida.

2.1 *Corporeidad, punto de separación y encuentro*

En el intento de introducirnos en lo que denominaremos "iniquidad de la fragmentación" tomaremos prestado de McGuire (1991) tres presupuestos atribuidos al –moderno- saber médico occidental: cuerpo, enfermedad y modos de conocimiento. Estas tres visiones nos ayudan a introducirnos -someramente – en una parte de la historia del pensamiento filosófico en torno al PSE. Pensamientos

convertidos en una suerte de "confesión de fe-política", aceptada por la cúpula religiosa y *acorde* con lo planeado y decidido en los pasillos de palacios y castillos de la época.

El primer presupuesto, en consideración es el dualismo alma- cuerpo en el que se trabaja con el supuesto que los diferentes trastornos y sus orígenes se ubican en el cuerpo. El autor sostiene que muy probablemente la base filosófica de la dicotomía alma- cuerpo se remonte a Descartes entre la *res cogitans* y la *res extensa*[1].

Citando a Foucault (2002), McGuire (1991) refiere que la medicina transformó su visión del cuerpo al desarrollar el denominado "ojo clínico". Otrora los médicos veían los cuerpos desde la apreciación de los mismos pacientes, de cómo ellos y ellas se veían y sentían. La anatomía patológica, así como la autopsia, centralizó la muestra de tejido y fluidos como objeto de estudio principal.

El segundo presupuesto es el *reduccionismo físico.* La característica de esta perspectiva es entender la enfermedad desde las funciones físicas (bioquímicas o neurofisiológicas) desordenadas y en caos. McGuire (1991,299) es de la idea que este presupuesto – reduccionista- más el dualismo alma – cuerpo tiene como consecuencia localizarse y focalizarse en el cuerpo *individual*. Los resultados de ambas posiciones están dentro de las carencias e ineficacias de la práctica médica frente al cuerpo *social* o al impacto de la vida social o emocional del individuo sobre la salud física. Tomado como referencia a Dubos (1959), el tercer presupuesto, es el conocido como la *doctrina de la etiología específica*. Esta visión entiende a cada enfermedad como un fenómeno aislado del sistema en el cual se integra. Los padres de la microbiología Louis Pasteur (1822-1895) y

[1] **Red Extensa, del latín res y su significado cosa – substancia corpórea o material- es el atributo por el que conocemos esta substancia, el que constituye su naturaleza y esencia, y del que dependen todas las demás, es la extensión en longitud, anchura y profundidad Res cogitans –cosa y cogito pensar, la mente o substancia pensante- el atributo por el que conocemos esta substancia, el que constituye su esencia y del que dependen todas las demás es el pensamiento.Fuente:http://www.e-torredebabel.com/revisada: 10/03/10.; revisada: 10/03/10.**

Robert Koch (1843-1910) abrieron las puertas a una nueva y fragmentada comprensión del origen de las enfermedades. El desequilibrio fue tratado desde sus consecuencias bacteriológicas y virulentas, eliminando toda posibilidad de conectar el PSE dentro de un contexto socio-político históricamente específico. Podríamos decir entonces, el problema es la incapacidad para posicionar los fenómenos dentro de un marco integral socio-histórico.

Al acercarnos al tema de la corporeidad-como base fundamental del proceso salud-enfermedad podemos afirmar que al teologizar con la salud- vale decir, con la deconstrucción y reconstrucción de los cuerpos- se tiene necesariamente que considerar las relaciones de desigualdad, exclusión y abuso de poder las cuales se promueven y construyen – social y políticamente- en torno a la atención de la salud. En ese contexto de relaciones injustas los cuerpos –fragmentados- son considerados insensibles, insufribles, descartables o "sobrenaturalmente" mártires y con capacidad de soportar hasta las más terribles iniquidades sociales como el hambre y la miseria.

3. Las "tripas vacías" (hambre) como iniquidad social

Umberto Eco, en entrevista realizada por Droit al diario *Le Monde* se manifiesta a favor de entender al cuerpo como la raíz más objetiva de la ética. Es desde esta corporeidad anti-éticamente fragmentada, negada y espiritualizada, que trataremos de enfocarnos en las epidemias sociales llamadas en esta investigación como iniquidades.

> Sobre el respeto por el cuerpo. Es posible construir una ética sobre el respeto por las actividades del cuerpo: comer, beber, orinar, defecar, dormir, hacer el amor, hablar, oír, etc. Impedir a alguien acostarse en la noche u obligarlo a vivir con la cabeza bajada es una forma intolerable de tortura. Impedir a las otras personas que se muevan o de hablar es igualmente intolerable. El estupro no respeta el cuerpo del otro (sic). Todas las formas de racismo y de exclusión constituyen, en última análisis, maneras de negar el cuerpo del otro. Podemos hacer una relectura de toda la historia de la ética sobre el ángulo de los derechos de los cuerpos y de las relaciones de nuestros cuerpos con el mundo (Droit 1994).

Es así, que la relación salud-enfermedad obedece a realidades contextuales en donde el proceso será asumido o bien desde una actitud históricamente responsable o irresponsablemente mercantilista. Por esta razón, toda iniquidad social atentará contra todo proyecto y modelo de salud integral que pueda ser propuesto desde el ámbito eclesiástico o secular.

Finalmente consideramos, que los cuerpos sin nudos, ni represiones individuales o colectivas son posibles dentro de un contexto en donde la salud y la enfermedad podrá ser atendida y entendida como proceso socio-histórico como por ejemplo desde la Sanología cubana y el *Shalom* como modelos socio – político de salud integral.

CAPÍTULO 2

Sanología y *Shalom*
Paradigmas de salud integral

> Los pueblos como los médicos han de prever la enfermedad o curarla en sus raíces a dejar que florezcan en toda su pujanza para combatir el mal desenvuelto por su propia culpa. La verdadera medicina no es la que cura sino la que precave; la higiene es la verdadera medicina". "la higiene va siendo ya la verdadera medicina y con un tanto de atención, cada cual puede ser un poco médico de sí mismo.
>
> José Martí

Introducción

Damos inicio a este capítulo con las palabras de Giulio Girardi ante la pregunta ¿Qué hacer con respecto a Cuba?

> La postura que yo quisiera proponer es la de una solidaridad crítica: que reconoce límites, errores, contradicciones de esta experiencia, pero considera que su balance global es extremadamente positivo, que su derrumbe sería una pérdida muy grave no sólo para el pueblo cubano, sino para todo el continente latinoamericano y para el porvenir de la causa socialista en el mundo; que por tanto, la defensa crítica de la revolución cubana tiene que ser considerada por la izquierda internacional una tarea prioritaria, un momento crucial del conflicto Norte-Sur (1998,26).

Haciendo eco, de estas líneas de reflexión, críticamente solidaria, proponemos a la Sanología cubana como modelo salud integral para la gestación de una pastoral de la salud integral (PSI). Debemos reconocer que la amplitud del cuerpo teórico de la Sanología no podrá ser tratado. No obstante, abordaremos puntos resaltantes del marco teórico-conceptual los cuales nos ayudan a

bosquejar conjuntamente con el *Shalom* las bases teóricas para la gestación de una pastoral de la salud integral (PSI).

4. Sanología, signo de solidaridad

Entre 1963-2004 se movilizaron 79487 colaboradores de la salud cubana en 97 países, los cuales han colaborado en la creación de 11 facultades de medicina. Estos profesionales ahora están colaborando en 37 países. En el año 2005, había 25222 colaboradores de la salud en 70 países de los cuales se contaban con 240 profesores trabajando en 15 países y en 23 facultades de medicina. Como resultado de esta experiencia de solidaridad académica del año de 1966-2004 se han graduado 3914 profesionales y 4535 técnicos de más de 100 países (OMS 2008).

Sería interminable enumerar los logros obtenidos por el pueblo cubano a partir del año de 1959. Nuestro interés gira en torno al tema de la salud. Pero sabemos que no se puede hablar de salud como la sola “ausencia de enfermedad” sino como el estado integral de equilibrio y armonía del ser humano y de su ambiente.

Es de esta manera que intentaremos sintetizar la Sanología como una propuesta de salud de orientación humanística en clara antítesis al sentido utilitario de la salud en el contexto de una economía de libre mercado, donde prima el factor sanógeno, como punto de vista sano en el ser humano, y no los factores patógenos, como el enfoque del ser humano a partir de la enfermedad.

4.1 *Sanología, orígenes y esperanzas*

Según Aldereguía (1996), la tasa de mortalidad infantil fue de 11,1 - al año 1989- por cada mil nacidos vivos, un 82 por ciento menos que en 1959. La red de instituciones del sistema cubano de salud pública estaba integrada por 263 hospitales (97 en 1958), 420 policlínicos (no existían anteriormente) y 163 clínicas estomatológicas (tampoco se habían creado antes de 1959), para solo citar las instituciones fundamentales del sistema.

Como señala el autor (1996), ante el desmoronamiento del socialismo europeo, Cuba se vio obligada a plantearse la defensa de una de las conquistas

más preciadas de la revolución, el derecho a la Salud. En la década de los ’80 Fidel Castro lanza la idea de convertir a Cuba en una potencia médica mundial, sobre la base de una estrategia integral de desarrollo acelerado de la salud pública.

Es así, que en sus orígenes la Sanología, como modelo de salud pública integral, tiene entre sus fuentes de referencia internacional al movimiento Lalondiano de Canadá, la Carta de Ottawa de 1986 y a la política de salud y bienestar de Quebec. Aldereguía señala,

> Ya en los 90 y en medio de la crisis económica y social que desató en Cuba el derrumbe de la ex-URSS y los países de Europa Oriental así como el arreciamiento del bloqueo norteamericano, retorné a la Colina Universitaria, trabajando primero en el Centro de Estudios de Economía Cubana (CEEC) y después en el Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humanos (CESBH). En el CEEC el modelo socio-económico canadiense fue uno de los puntos de referencia para la interpretación de la crisis del "Socialismo Real" así como en la línea de investigación de calidad de Vida, a través de los informes de desarrollo humano de la ONU pude ver ascender a Canadá al primer lugar mundial. En el CESBH el desarrollo autóctono de una teoría social con un componente médico, orientado al aspecto olvidado del proceso salud enfermedad, la Salud (lo denominamos en 1992 Sanología) también era un mensaje desde el Sur para el Norte y el Sur de la humanidad (1996,26).

El término Sanología es una palabra inexistente en el idioma castellano; viene a ser la fusión de Sano y *logía* desde su significado etimológico sería el tratado del Sano. Su proyecto es interdisciplinario, académico y de servicios propuesto por el Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humanos la Universidad de La Habana (CESBH). Aldeguería (1987) nos dirá que la primera vez que escucho la palabra Sanología fue de parte del académico ruso Lisitsin.

La Sanología -como modelo de salud pública- encaja dentro de un marco institucional; que se da a partir de los aspectos educativos, culturales e intersectoriales. Siendo uno de los pilares José Martí, la complejidad institucional de la Sanología será resumida en las siguientes expresiones,

> Se dan clases de Geografía Antigua, de reglas de retórica y de antañerías semejantes; pues en su lugar deberían darse cátedras de salud, consejos de higiene, consejos prácticos, enseñanza clara y sencilla del cuerpo humano, sus elementos, sus funciones, los modos de ajustar aquellos a estas y ceñir éstas a aquellas, y economizar las fuerzas y dirigirlas bien para que no haya después que repararlas. Y lo que falta no es ansia de aprender a los discípulos; lo que falta es un cuerpo de maestros capaces de enseñar los elementos siquiera de las ciencias indispensables en este mundo nuevo (1886,85-86).

Para este modelo la salud de la población es un reflejo fiel del bienestar material y espiritual de una sociedad. Cerezal Tamargo sostiene,

> La Sanología no es sólo un punto de llegada, sino también de partida para una larga carrera de resistencia por la felicidad humana, orientada a transformar la conciencia cotidiana sobre el valor de la salud vinculando en un haz la responsabilidad personal y social para con ésta. Como teoría, su objetivo es el estudio de la salud como proceso y del hombre en sus dimensiones de desarrollo biológico, psicológico y social (Cerezal s.d.).

Dentro de las propuestas generadas por el modelo sanológico destacamos las siguientes: Reducir las iniquidades sociales minimizando progresivamente las brechas entre países y sectores sociales, así como las brechas y/o separaciones sociales al interior de los mismos países - transformar positivamente las condiciones y el modo de vida para crear relaciones sociales saludables que permitan la elección de estilos de vida creativamente sostenidos. Difundir la adopción de estilos de vida sanos por los/as individuos capaces de proteger y generar salud- proteger con políticas macro y micro -socio-políticas- el ambiente de su contaminación y degradación- reordenar los servicios de salud para hacerlos más accesibles, calificados, eficaces, eficientes, efectivos y humanos sobre la base de la atención primaria de salud.

Cabe resaltar, que este modelo sanitario promueve sistemas articuladores – multicausalmente- que, no solo cuestionan, sino derriban – política y clínicamente- los límites del sector médico tradicional – posibilitando la libre elección de estilos de vida sanos, el cuidado del hábitat (ambiente) y la equidad en cuanto al acceso a servicios de salud multidisciplinarios. De esta manera,

asumimos que la pastoral de la salud integral, a la luz de la Sanología, requiere ampliar su visión hacia una perspectiva holística (multicausal) de la patología en sus raíces eco-teológicas (*Shalom*) y no verse limitada ante la resolución del conflicto biológico o mental.

Queremos decir con esto, si una pastoral de la salud es unicausal en el análisis y desarrollo de su práctica pierde su dimensión profética sirviendo, de esta manera, a los intereses del imperio del capital ajenos a la defensa y promoción de la vida integral.

4.2 *Del enfoque unicausal al multicausal*

La historia nos indica que la medicina – en el curso del siglo XIX- ingresa en el período de las enfermedades infecto contagiosas. De allí – como ahondaremos más adelante- la búsqueda a las causas de las enfermedades en el mundo de los micros organismos celulares será su atención principal. Luis Villalobos (Mora 2009) enfatiza la influencia del positivismo -con Augusto Comte - dentro de la búsqueda de causas comprobables como las causantes de la enfermedad. En la actualidad, el tratamiento microcelular-epidemico (unicausal) sigue siendo el punto neurálgico en el tratamiento de las diferentes patologías, no obstante en países del Norte – ante la supremacía de la industria del fármaco- la unicausalidad se impone a la multicausalidad. Esta sería la única visión de un problema determinado, una sola explicación, una sola receta médica, una sola causa, una sola solución.

Villalobos sostiene algunos acercamientos sobre los diversos paradigmas por los cuales ha transitado el mundo de la medicina. Primero, el paradigma mágico- religioso el cual planteaba que la enfermedad se debía a fuerzas sobrenaturales. Con el ingreso al período de microorganismos y el descubrimiento de bacilos, virus y demás- con Louis Pasteur y Roberto Koch- entramos al paradigma unicausal o biologicista, el cual – como se menciono líneas arriba- busca una sola interpretación, un solo análisis y una sola vía de solución de conflictos, como es el caso de la enfermedad. A continuación será el paradigma psicoanalítico, el cual planteó la triada, bio-psico-social, siendo superado por su

limitación en centra la atención a la enfermedad, más no a la salud. Por último señala Villalobos, Canadá y América Latina proponen “un enfoque ecosistemico, paradigma integral o como otros llaman salud como proceso social” (Mora, 2009,7).

Aldereguía sostiene, “La Sanología y Sanoclínica conjugan los procedimientos de la medicina alopática, homeopática, tradicional y natural e incluso aquellos medios que preservan la belleza humana” (2004, 75-76). El mundo de la estética, el aporte de la medicina tradicional y de la medicina natural son integradas en una sola propuesta de salud pública. A manera de ilustración veremos el proceso sanológico frente al caso de la hipertensión cardiovascular desde una perspectiva multicausal. En la investigación de Yanisel Jiménez Barbán (2003), observamos que a las personas que su presión sanguínea oscilante (hipertensión) deben promover un estilo de vida que genere salud integral y no sola evitar un alimento o bebida determinada. Para la Sanología el fomento de la salud, la personalidad del sujeto y la auto-responsabilidad personal, es tan importante como la eliminación de los factores de riesgos (alcohol, tabaco, estrés, obesidad, etc.). El tratamiento alopático recomendará el cambio del estilo de vida, pero, predominará un estilo de vida orientado al cumplimiento de un programa farmacológico.

Dentro del enfoque multicausal de orden clínico citamos las variables que son consideradas en el desarrollo de la historia clínica (sanológica) la cual marcará una clara diferencia con el cuestionario convencional de la medicina que al final del cual se prescribirá el mismo fármaco independiente de la individualidad del paciente. Dentro de las principales variables citamos: percepción personal acerca de su salud, proyecto de vida, afectividad, dependencias tóxicas, actividad física, nutrición, sueño, stress, satisfacción en el trabajo, tipo de personalidad, percepción de la imagen de si mismo, familiares y amistades, entre otras.

En conclusión, la multicausalidad sanológica no gira en torno, exclusivamente, de la incorporación de la medicina no convencional o alternativa al imaginario de la salud pública. La multicausalidad clínica parte de un análisis integral acerca de la historia del paciente y su entorno. Tal procedimiento llevará al

profesional de la salud (sanológo/a) a coordinar conjuntamente con el/la interesada su propio programa de salud, pasando – de esta manera- a ser sujeto activo de su recuperación y reequilibrio.

5. Marco de categorías analíticas de la Sanología

Dentro del marco de nuevos conceptos sanológicos, la sanoclínica o clínica del presuntamente sano, la higiene social y salud poblacional, así como el PSE son elementos que tomaremos en cuenta en esta oportunidad, siendo conscientes que no agotamos los conceptos en su totalidad.

5.1 *Sano- Clínica*

El objetivo principal de la Sano-clínica es la re-conquista del ser humano como sujeto protagonista y no minusválido/a. La sano-clínica sería el espacio saludable, en donde el diagnostico, el pronóstico terapéutico y educativo cultural se convierten en elementos clínicos que invitan a la persona a ser partícipe sano de su proceso de salud-enfermedad. Programa sano-educativo el cual no violenta su dignidad y limita su derecho a decidir sobre su propio destino.

La Sanoclínica es el rescate del humanismo en la medicina, la ausencia de la enajenación medicalizada; el estudio de la armonía del individuo y su medio vital, así como su intervención participativa y democrática en la parte orgánica interactiva del programa de salud integral y su realidad socio-familiar. Una perspectiva humano-comunitaria que revierte la orientación individuo-mercado de la concepción de la “medicina farmacodependiente”.

Aldereguía (1996), cita a Henry Sigerist, quien reafirma la salud del individuo como fundamento axiológico de la Sanoclínica,

> Buen balance entre cuerpo y mente y buen ajuste a su entorno físico y social. El está en total control de sus facultades físicas y mentales y puede adaptarse a los cambios del ambiente tanto como ellos no excedan los límites permisibles. Contribuye al bienestar de la sociedad acorde a sus habilidades. Salud es, por lo tanto, una actitud

alegre hacia la vida y la aceptación consciente de las responsabilidades que la vida pone sobre el individuo (Sigerist, s.f.).

El autor (1996), presenta una lista de espacios y acciones sanológicas - basada en la atención a la persona vital y potencialmente sana. Cuenta, a su vez, con alternativas que trabajan los diferentes aspectos en la experiencia del ser humano como individuo y colectividad. Lo que a continuación presentamos son aquellas posibilidades pensadas desde la experiencia cubana: videotecas, cafeterías orientadas a la alimentación sanogenética, salas de música, bibliotecas y videotecas, farmacias de productos naturales, servicios de técnicas orientalistas, gimnasios terapéuticos y servicios de belleza, baños de vapor y saunas, ventas de equipos médicos sencillos y de cultura física, así como posibilidades de enseñanza para su uso correcto, clubes de sanos y otras formas de agrupación informal (ejemplo: Sociedad de No Fumadores, clubes de baile, pintura, música, narración, teatro, entre otros), centros de turismo de salud con opciones de playas, centros recreativos, centros promotores del eustrés (estrés positivo) frente a la promoción del distrés (estrés desagradable) de la cotidianidad, caminatas, excursiones, campamentos, etc. Se analiza la posibilidad de crear instituciones de estancia diurna educativa culturales de corta estadía favoreciendo la convivencia y experiencia de socialización a partir de una pedagogía interactiva.

5.2 *Higiene social y salud poblacional*

La Sanología – como parte de la medicina social- propone pistas de acción que nacen de la misma experiencia de la salud colectiva vivida desde su mismo contexto socio-político- religioso cubano.

Para Aldereguía (2004), el estado de salud de la población es un reflejo fiel del bienestar material y espiritual de una sociedad. El proceso de conocimiento- como todo objeto de estudio-transcurre del fenómeno a la esencia y en ese contexto la Sanología entiende la salud de la población como un conjunto de procesos poblacionales, demográficos y socio- higiénicos de fecundidad, crecimiento y desarrollo físico, morbilidad, invalidez y mortalidad una población.

Los procesos – arriba – mencionados no son solo importantes por su existencia en sí mismos, sino por la intrínseca relación entre ellos. Uno será el sentido de programas de control de la natalidad orientado a la población de menos recursos y otro será la creación de posibilidades de trabajo y realización familiar en donde se creen condiciones socio-económicas para que el libertad las personas puedan planificarse en sano uso de su autonomía y derecho a la elección.

Adela Cortina (2000), queda impresionada cada vez que ve como se refleja el alto índice de mortandad de menores de 5 años de los sectores rurales y urbanos marginales en el mundo. Es una realidad socio- político- económica vinculadas en el desarrollo y quehacer sostenible de todo programa socio- político. La política sanitaria – en la mayoría de contextos- es orientada estatal y privadamente al desarrollo de infraestructura hospitalaria e investigaciones que incentiven la elaboración de nuevos fármacos.

Europa envejece, la renuencia a la formalización de familias ha posibilitado – en algunos casos particulares- el incentivo de migraciones sociales con la finalidad de contribuir demográficamente con las poblaciones *socialmente estériles.* No es la mortandad de infantes en estos casos la preocupación por el envejecimiento de las sociedades – conocidas como industrializadas y tecnológizadas- sino la falta de concepciones y nacimientos bajo condiciones dignas y justas.

Tomando solo este ejemplo, nos preguntamos sobre las dimensiones de nuestras eclesiásticas proyecciones hacia la infancia prohibida de venir al mundo como consecuencia de la pobreza. Sin tocar – indefectiblemente- el área de analfabetismo, abandono escolar y la mercantilización sexo-laboral de niñas y niños. La mortalidad infantil por condiciones higiénicas deplorables, infecciones, desnutrición, malnutrición, deficientes condiciones de vestimentas y esparcimiento, entre otros, se convierte en una realidad no ajena al quehacer eclesiástico y por consiguiente al quehacer de una pastoral de la salud integral.

5.3 *Procesos Salud Enfermedad Humano (PSEH)*

Desde los ensayos tempranos de la Sanología (Aldereguía, 1990) siempre se coincidió en determinar al Proceso Salud Enfermedad Humano (PSEH) como su categoría central. El proceso es conceptuado como el reflejo de la vitalidad del ser humano, así como la relación histórica y cultural del sujeto, la naturaleza y sociedad en su grado correspondiente de libertad.

PSEH es una categoría compleja. Es el resultado de las relaciones sociales física, biológica y espiritual. Es vitalidad libre o restringida. Interpretar la salud como vitalidad libre va más allá del bienestar bio-psicosocial y de la ausencia de enfermedad, lesión, discapacidad o minusvalía. Vitalidad libre, sería el máximo desarrollo de las potencialidades humana, el desarrollo armónico y multilateral de las capacidades del mismo, libre de los múltiples mecanismos enajenantes que lo maniatan. Es la conquista de la felicidad humana con una vida responsablemente activa asumida por el individuo.

A diferencia del proceso de salud-enfermedad (PSE) -entendida desde la medicina mercantilista - el ser humano es también un ser colectivo, que existe objetiva y subjetivamente como parte integral de una localidad, territorio o país y a su vez forma parte de una clase socio-económica. De ahí que el PSEH – desde la Sanología- tenga la salud individual y colectiva como ejes inseparables. Aldereguía sostiene, que no será lo mismo hablar de la enfermedad o muerte de un individuo por infarto del miocardio que la probabilidad que en una población tienda a enfermar o morir del mismo problema. El primer caso (individual) será evaluado desde una visión clínica y el segundo, formará parte de una evaluación socio epidemiológica o médico social del estado de salud de la población en un momento y contexto determinado (Aldereguía, 2004, 64).

Es así, como señalamos, que la pastoral de la salud integral tendrá que ser vivida desde la complejidad del PSEH y desde allí los y las pastoralistas se podrán abrir una visión del universo y sus complejidades de forma holística y esperanzadora.

Por último, esta apertura, en la perspectiva pastoral, posibilitará el desarrollo de una pedagogía eclesiástica desde la mística de la vocación de por el servicio en el área de la salud integral y desde los valores éticos del *Shalom* como signo social de vitalidad libre y armónica como conquista de la felicidad humana a partir de la promoción y desarrollo de relaciones sociales justas y responsables.

6. *Shalom*, don de Dios

Cuando planteamos el tema de la salud lo hicimos desde la perspectiva del estado de equilibrio y desequilibrio entre las diferentes realidades del ser humano y de la naturaleza. La ruptura del equilibrio en el universo de relaciones atenta contra todo principio de unidad signo de Salud. Edward Bach sostuvo,

> Las primeras enfermedades reales del hombre son defectos como el orgullo, la crueldad, el odio, el egoísmo, la ignorancia, la inestabilidad y la codicia; y cada uno de estos defectos, tomado por separado, se verá que es adverso a la Unidad. Defectos como éstos son las auténticas enfermedades (utilizando la palabra en su sentido moderno), y es la continuidad y persistencia de esos defectos, después de que hayamos alcanzado esa etapa de desarrollo, en la que nos damos cuenta de que son inadecuados, lo que precipita en el cuerpo los resultados perjudiciales que conocemos como enfermedad (1930, s.p.).

La OMS y los Estados declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que la "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS 1946) lo cual es fundamental para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos.

No partimos de presupuestos bíblicos para reafirmar el sentido sagrado del bienestar, queremos demostrar con esto la posibilidad de leer a un Dios de la vida en sus diversas y creativas manifestaciones en el movimiento social mundial.

6.1 *¿De cuál Dios estamos hablando?*

Desde la tradición judeo- cristiana nos referimos a un Dios que entiende la Salud como el sentido de justicia y armonía. En el libro de Levítico (Lv 25, 3-4 BJ) observamos las recomendaciones que son dadas al pueblo en la búsqueda de relaciones justas entre el ser humano y la naturaleza como muestras de Salud y bienestar integral.

Una tierra que una vez habitada tendría que descansar. "Seis años sembrarás tu tierra, seis años podarás tu viña y recogerás sus frutos. Pero el séptimo año será para la tierra un completo descanso, sábado consagrado a Jehovah […]"Lv 25,3-4(BJ). El *Shalom* se manifiesta como el estado de salud integral -no como ausencia de dolor o producción- sino como el equilibrio interdependiente humano-naturaleza-sociedad: "Aun en descanso, la tierra os alimentará a ti, a tu siervo, a tu sierva, a tu jornalero, a tu huésped que residen junto a ti. También a tus ganados y a los animales de tu tierra servirán de alimento todos sus productos" Lv. 25, 6-7 (BJ).

Dios es entonces el ser que se manifiesta, en la historia, desde la completud de todo lo que existe, desde la totalidad integral de toda expresión de vida. La salud que de él emana es el estado de armonía a partir de la justicia como pre requisito de toda relación social. La tierra, los animales, las plantas y los seres humanos, llevan como marca indeleble la justicia en todo orden de relaciones. "Ninguno oprima a su prójimo…" 25,17 tiene la misma connotación ética que aquella aplicada a la tierra, "la tierra no se venderá a perpetuidad…" v.23. En palabras de Ross y Gloria Kinsler, "el Sábado, el Año Sabático, y el Jubileo se preocupan por la resistencia de los procesos endémicos de la polarización económica. Pero también se preocupan fundamentalmente por la espiritualidad humana y el estilo de vida bajo el impacto de la economía" (1999,20).

Consideramos finalmente, que el Dios del *Shalom* sigue siendo aquel que se manifiesta – a través y en la historia- a partir de su accionar creador de relaciones justas como antítesis de la injusticia signo de enfermedad y dolor.

7. *Shalom*, signo de eco - justicia

Embarcarse en el proyecto de búsqueda de libertad, tierra y reconstrucción de identidad, implica observar y confrontarnos frente a responsabilidades históricas las cuales se convierten en requisitos para la salud personal y colectiva.

Parafraseando a Ivone Gebara (2000) en “el ser animal y vegetal, metáfora de la Tierra”*,* el proceso - descanso y liberación- que se observa en beneficio de la Tierra, como ser vivo, inmiscuido en la dinámica de liberación y realización humana son expresión de la Salud integral proveniente de la misma fuente de energía de vida conocida como Dios. Podemos decir que desde el jubileo, el *Shalom* es una opción socio-económica-política y no un simple deseo o saludo coloquial sin esfuerzo ni compromiso. En palabras de L. Boff, “optar por la vida significa optar por el planeta Tierra como un todo orgánico, agredido y herido (geocidio), para que pueda continuar existiendo con el valor autónomo y relacional de todos los seres existentes en él” (2002,240).

El sistema de acumulación y poder -concentrados en manos de pocos y de pocas - crea condiciones de desadaptación, desequilibrio, enfermedad individual y colectiva. La tierra está enferma (Boff 2002,13) y desde su agonía se reflejan– análogamente- todos los sistemas existentes en ella. Lo que era signo de beneficio, alegría, servicio y distribución, se han convertido en manifestaciones de desastres y peligros. Cuánto daño ha sufrido la creación a partir de la sentencia, “sean fecundos, multiplíquense, llenen la tierra y sométanla; dominen a los peces del mar, a las aves del cielo y a todos los vivientes que se mueven sobre la tierra" (Gn. 1, 28 BJ). Cuánto daño hacen las relecturas del capitalismo del progreso y el dominio de la tierra y los cuerpos. Estas lecturas lo único que han logrado es enajenar las consciencias reduciendo las relaciones sociales a un una simple ecuación, producción + acumulación= poder.

Por consiguiente, la salud integral del ser humano y la naturaleza está puesta en peligro por las minorías privilegiadas que concentran poder adquisitivo y normas de consumo desequilibrante. Desde allí compartimos lo dicho por Boff, “la

salud como don es signo de compromiso comunitario donde el ser humano es también, y principalmente, un ser de comunicación y de responsabilidad" (2002,20).

Finalmente, R. Ruether afirma,

> La destrucción de hábitats silvestres y el decomiso de la tierra por los ricos significa que actualmente pocas poblaciones humanas pueden subsistir como sociedades recolectoras y cosechadoras. Las poblaciones pobres lo son porque carecen de tierras suficientes para su estilo de vida tradicional, pero su trabajo no es necesario en los nuevos sistemas productivos de la riqueza y por eso tienen que recoger las sobras del trabajo y los desperdicios de las mesas de los ricos (1993,99).

8. *Shalom*, reciprocidad y complementariedad

En el jubileo podemos observar reciprocidad y complementariedad como característica fundamental del *Shalom*. Se combinan diversos matices en torno a las recomendaciones de Dios. El descanso y la alimentación serán las primeras necesidades cubierta en el jubileo, la vida comenzaba a ser protegida y defendida desde el reposo y la reposición de energías. La liberación, no solo de la tierra y su merecido descanso, sino, de todo aquel y aquella que podría estar en condición de esclavitud, gozaría de libertad y posibilidad de reencuentro con los suyos. Es importante notar como el *Shalom* cruza – cual eje transversal- todos los vínculos y relaciones socio-ecológica, ser humano-naturaleza.

La responsabilidad ética es colocada como piedra angular del jubileo. La integridad de la medida trasciende el aspecto jurídico, político y económico. No sería completa si no afectase el orden pre-establecido de las relaciones sociales desde su dimensión personal y colectiva. No bastaba dejar de sembrar y producir o dejar libre a los cautivos/as y alimentarse de la producción natural de la tierra. La perspectiva de la salud integral del *Shalom* fue formulada desde un enfoque de transformación personal y colectiva, "[…] nadie engañe [ni] oprima a su prójimo" (Lv. 25, 14,17).

En conclusión, parafraseándolo lo dicho por Boff líneas arriba, el *Shalom* considerado como don es signo de compromiso comunitario y reciprocidad socio-ecológica donde la salud deberá ser asumida por el ser humano como un proceso social de alteridad dialogal, responsable, reciproco y complementario.

9. *Shalom*, de la "pastoral del síntoma" a la "pastoral de la salud Integral"

Desde el código del Rey babilónico Hammurabi (1728- 1689 a.C.), y la "ley del talión" (Lv. 25,17-22) el tratamiento del desorden era solucionado con el desorden, el mal era pagado con mal. El enfoque unicausal de la acción pastoral del *Shalom* – representada en la ley del talión- respondió a la denominada justicia retributiva, el castigo debe ser proporcional a la cantidad del daño causado, de acuerdo con la lesión hecha el o la "culpable" deberá sufrir el mismo daño.

Este sentido, pre-determinado y pre-establecido, de la salud social respondió a una serie de influencias socio-culturales las cuales condicionaron el imaginario colectivo determinando normas y reglamentaciones jurídicas dictaminadas desde la cúpula de poder (corte real-sacerdocio). En una suerte de analogía médica, cuando un órgano o víscera se encuentra deteriorada se la extrae quirúrgicamente sin mayor contemplación no importando el desequilibrio al cual se expone todo el sistema psico-fisio/orgánico-espiritual del ser humano atendido. Por el contrario, desde la perspectiva del *Shalom* se invierte el orden pre establecido unicausalmente (sintomático) hacia una orientación pastoralmente integral (multicausal); como signo de subversión neotestamentaria. "Amad a vuestros enemigos y rogad por los que os persigan […] Este nuevo enfoque trastoca la visión rígida del universo de las relaciones sociales basadas en la relación odio-injusticia replanteando una perspectiva inclusiva, solidaria y tolerante.

Concluimos, diciendo que el principio Hammurabico, así como la "ley del Talión, se sostienen -como el proceso medico deontológico- con la rigidez de normas y reglamentos pre establecidos y unicausales (enfoque sintomático). Como sostiene Roy May, "la ética deontológica […] es una ética estática y

preestablecida, poco capaz de responder a las realidades específicas, y que afirma papeles y relaciones sociales predeterminados, conservadores y tradicionales" (2005,33). Por lo expuesto, una pastoral de la salud integral (PSI) encuentra en el *Shalom* la base ética que responderá, no a normas y reglamentos estáticos, sino a las exigencias del contexto histórico y geo-político donde corresponda proyectar el acompañamiento pastoral para la promoción, defensa y desarrollo de la vida.

10. A manera de conclusión y reflexión

El *Shalom* y la Sanología, como modelos de salud integral, trascienden cualquier proyecto de atención unicausal. Son modelos socio-político que van más allá que la simple reducción del proceso salud-enfermedad al factor bio-químico-farmacéutico o la espiritualización y demonización de la vida. El proceso de articulación de los diferentes elementos que confluyen en el desarrollo de programas de atención y acompañamiento se tienen que entretejer desde una visión sinérgicamente holística. Las bases éticas que nos proporciona el *Shalom*, nos invitan a repensar la salud desde dimensiones que trascienden la ideología mercantil y nos conducen a caminos en donde la salud sea el núcleo de las relaciones humano-naturaleza en armonía y reciprocidad.

El camino viable para la pastoral de la salud integral pasa por la conformación de grupos de trabajo inter-disciplinario que sin ningún interés étnico, religioso, socio-económico, discutan las formas viables para abordar el proceso salud-enfermedad (PSE) desde perspectivas que objeten la lógica consumista y medicamentosa como único camino de solución. Estos espacios han de considerar las medicinas de los pueblos originarios, sus tratamientos e idiosincrasias y desde allí fusionar propuestas que religuen al ser humano y su proceso salud-enfermedad con la naturaleza en relaciones reciprocas de complementariedad y no con la ideología utilitarista del mercado bursátil.

En conclusión, la Sanología cubana y el *Shalom* son modelos sociales en los cuales la vida es el eje principal donde nos encontramos seres humanos,

naturaleza y Dios, creando condiciones que contribuyan con la construcción de relaciones basadas en sistemas de convivencia de paz con justicia social. Ambos caminos nos llevan a considerar la relevancia del quehacer eclesiástico en medio de relaciones de poder interesadas en promover y legitimar iniquidades sociales. Una Pastoral de la Salud Integral sana las heridas de un cuerpo individual para unirlo al cuerpo humanidad-naturaleza que esta desangrándose, gime y clama desde la tierra por misericordia y justica y no por fármacos y migajas revestidas de caridad.

CAPÍTULO 3

Pastoral de la salud integral
Por el justo equilibrio de los opuestos

> Necesitamos encontrar dentro de nosotros mismos el deseo de vivir en conformidad con los valores que proclamamos: en nuestras vidas privadas, en nuestras sociedades locales y nacionales y en el mundo.
>
> Kofi Annan

Introducción

La PSI es el intento de relectura del ministerio del acompañamiento a los y las débiles de la historia a partir de un Dios que opta por la salud desde su enfoque holístico. Se procurará integrar por medio de la Sanología y con el espíritu del *Shalom* aquella fuerza *neumática* que se movía sobre las aguas, como signo de justicia y de paz sostenible.

11. Pastoral de la salud integral vs. pastoral de la salud tradicional

Nos abocaremos a un modelo de pastoral de salud considerada como la ausencia de la enfermedad, dolor y el sufrimiento a partir de cambios estructurales y no como simple atención individual desintegrada.

La pastoral de la salud para ser una propuesta que abarque la totalidad del ser humano en relación con su ambiente mediato e inmediato tendrá que adentrarse en terrenos donde – desde siempre- se inhabilitó a la iglesia por no tratarse de “asuntos religiosos”. La clásica división entre historias sacra y profana retoma fuerza en los últimos años bajo una fuerte influencia teológica doctrinal pensada desde el Vaticano y a la que hacemos contraste en este trabajo.

Conde Herranz nos refleja aquella corriente de una pastoral y teología práctica que insiste en mantener el quehacer eclesiástico divorciado de toda participación de transformación socio histórico,

> No es cometido de la Pastoral de la Salud ocuparse de la atención directa que requiere el cuerpo humano sano o enfermo, es decir de la promoción o protección de su salud, o restablecimiento de la misma cuando se ha perdido; esto compete a la medicina preventiva y curativa; ni tampoco resolver directamente problemas de índole psíquica o social (2004, 52).

Perplejos, frente a la importancia de un único modelo de medicina preventiva y curativa -en los países de América Latina- nos preguntamos si no compete a la pastoral de la salud ocuparse de la atención directa que requiere el cuerpo humano -sano o enfermo- en la promoción o protección de la salud. De no ser así ¿de qué menesteres se debe ocupar la pastoral de la salud?

Para entender el modelo pastoral imperante en la mayoría de congregaciones protestantes nos detendremos a observar el modelo tradicional Ramos (1999). Según Ramos, el modelo tradicional es aquel que ha potenciado y centralizado su razón de ser en torno al culto o la liturgia. Esta visión pastoral *intramuros* – según el autor- ha propiciado, por lo menos, tres consecuencias para la vida de Iglesia, una preocupación exclusiva para su vida interior; una seguridad y sentido de protección ante la interacción con la “cultura ambiental” del entorno y un reconocimiento social que le otorga la estabilidad del *status quo* manteniéndose acrítica frente a las estructuras socio- políticas.

Desde la observación crítica a este modelo tradicional proponemos elaborar su antítesis: La Pastoral de la Salud Integral (PSI) parte desde la perspectiva ética del *Shalom* y la Sanología garantizando una práctica portadora de esperanza para millones de personas en medio de la comercialización y mercantilización globalizada de la salud.

11.1 *Pastoral de la salud integral (PSI), con Lalonde y la Sanología*

La PSI quiere – en principio- reconocer que nace de la inspiración del mensaje central de su tradición judeo-cristiana, el *Shalom*.

Las bases teológico-pastorales del *Shalom* nos llevaron a encontrarnos con la Sanología porque coinciden en el respeto al ser humano-naturaleza y el cuestionamiento a la estructura jerárquica médico-paciente, rico-pobre, mujer-varón, niño/a-adulto, entre otras. Ambas posturas parten de la equidad y reciprocidad en las relaciones humanas y su hábitat.

Por último, la PSI, propone que esas relaciones humanas se realicen por medio de la solidaridad con los empobrecidos y empobrecidas en su búsqueda de condiciones de vida digna e integralmente saludable.

11.2 *PSI y ética contextual*

Para Ivone Gebara (2004), la contextualidad significa no absolutizar nuestra forma de conocer hoy, sino admitir su provisoriedad histórica y la necesidad de que estemos siempre abiertas/os a los nuevos y más amplios referenciales que la historia y la vida nos van sugiriendo. En la misma línea, Roy May añade, "por eso es imposible hablar de análisis, interpretaciones, reglas y políticas que sean siempre válidas a priori en toda situación" (2005,69).

Es de suma importancia, la responsabilidad de la pastoral de la salud integral (PSI) frente a los desafíos que le demanda una sociedad que se debate entre el capital y el poder político como fetiches del sistema capitalista. Parafraseando a Míguez Bonino en su estudio sobre la responsabilidad social de las iglesias (ISAL 1964,29) – citado por R. May (2005,35)- podríamos decir que la función de la PSI no es tener "principios" o "recetas terapéuticas", sino, seguir el espíritu ético que encierra el *Shalom* desde la contextualización histórica de Jesús.

Así como la medicina convencional se orienta desde la unicausalidad y la fragmentación del ser humano, la Pastoral de la Salud Integral se decanta por la multicausalidad y se inhibe de esta realidad enajenante. La pleitesía a la norma, la

reglamentación y la deontología moral preconcebida se manifestará en la reproducción de programas pastorales alopáticos que pretenden aliviar los síntomas, dejando de lado el tratamiento de las causas reales del desequilibrio, es decir las iniquidades sociales. El criterio ético contextual trascenderá la rigidez de lo preestablecido y la deshumanización que conlleva la a- historicidad de todo proceso social como el de la salud-enfermedad. Una PSI compuesta por agentes pastorales que comparten la postura que el proceso salud-enfermedad (PSE) es asunto socio-político y un asunto personal trastocan sus programas organizacionales y estructurales donde "el paciente" es el sujeto del proceso y los y las agentes pastorales son solo acompañantes con el fin de promover relaciones justas basada en sujetos autónomos y responsables de su propia rehabilitación.

11.3 *PSI y proyecto resiliencia-resistencia*

Cuando cruzamos el altiplano andino y nos encontramos en medio del hielo y vientos que cortan nuestras mejillas sentimos que no resistiríamos un día más. La realidad nos despierta cuando se nos cruza un grupo de niños y niñas jugando de lo más alegres, sin zapatos y con las mejillas quemadas por el frío. Para ellos y ellas la resiliencia es un juego de palabras; tarde o temprano morirán de neumonía.

Aldo Melillo (2002,15), sostiene los inicios de la resiliencia en la experiencia de E.E Werner. Vivió en la Isla de Kauai (Hawái) -por treinta y dos años- involucrado en un proyecto de epidemiología social con un grupo de quinientas personas. Las experiencias extremas vividas en aquel pueblo eran dramáticas. Un tercio de la población sufrió abuso, violencia, abandono, alcoholismo, etc. No obstante la adversidad, comprobó que muchos niños y niñas pudieron forjarse un futuro. Werner comprobó que ellos y ellas habrían recibido – de al menos un adulto- refuerzo afectivo y acciones de amor. Como resultado de la investigación se planteó la necesidad de promover características sanas y protectoras con la finalidad de superar condiciones de riesgo. Este proyecto abarca al sujeto en medio de su ecosistema, familiar, comunitario, cultural.

Por otro lado, Suárez Ojeda (Melillo, 2002,67) añade que existen versiones de la resilencia que afirman el sentido de dominación las cuales mantienen silenciosa y subterráneamente las iniquidades sociales. Tal desvío – del sentido original de la resiliencia- pierde fuerza en la medida que el ser humano denuncia situaciones adversas y contribuye con la creación de condiciones psico-sociales que promuevan la transformación del entorno socio-ambiental. Desde esta perspectiva la pastoral de la salud integral (PSI) tendrá que erguirse desde un proyecto de salud integral elaborado en las mismas comunidades empobrecidas sin recetas externas, ni especialistas enciclopédicos. Coincidimos con Sara Baltodano quien afirma, "hay mucho fracaso y rechazo de algunos abordajes que pretenden imponerse desde ´afuera´ de la comunidad" (2003,111).

La resiliencia desde la PSI trascenderá la promoción del "éxito personal" y construirá condiciones colectivas de saneamiento del ambiente y las instituciones. En palabras de Mireya Baltodano,

> La salud de las personas está ligada a la salud ambiental y la salud de las instituciones, pues la salud es integral. Solamente cuando los seres humanos se comprometan con la naturaleza en acciones para resolver el deterioro ambiental y participen en la búsqueda de soluciones a los problemas sociales habrá eco-justica global y una ética social" (2009,145).

Concluyendo, la pastoral de la salud integral (PSI) tiene en su esencia un carácter liberador el cual encontrará aliento de vida bebiendo de la fuente de la espiritualidad en medio de los y las empobrecidos. Es desde estos espacios donde- la PSI- reconocerá su permanente conversión a partir del ejercicio de su misión profética. En palabras de Edwin Mora: "esta conversión conlleva a dos actitudes: a. denuncia profética contra toda pobreza y sus consecuencias y b. Solidaridad con los que sufren. La liberación se entiende no solo a nivel individual, sino también estructural" (2009,102).

12. Conclusiones

La motivación que perseguimos al aproximarnos a la salud integral es la de redescubrir la vida en plenitud más allá de los estándares internacionales de progreso y realización personal. Nuestro punto de partida es asumir el reto de releer las bases éticas para la Pastoral de la Salud Integral desde la espiritualidad innata del ser humano en búsqueda de justicia y armonía consigo mismo y su entorno.

La Sanología nos ha demostrado – como modelo de salud integral- que no se puede hacer una lectura de la salud de un pueblo, sino, a partir de una lectura política de aquello que lo enajena, a partir de las causas de las iniquidades y desde allí gestar formas viables de integración y construcción de alternativas que sean realmente dignas y ofrezcan la seguridad social necesarias para la construcción de relaciones justas. Leer la Sanología a partir del *Shalom*, será posible solamente cuando las comunidades de fe y/o instituciones religiosas se reconozcan en proceso permanente de salud y enfermedad. Dos realidades inseparables desde una experiencia completa y radicalmente humana. Es así, como en relaciones saludablemente liberadoras no existen sanas y sanos, enfermos y enfermas, médicos y pacientes, sino, que todos y todas forman parte de una misma realidad de interdependencia que busquen juntos/as relaciones de reciprocidad humano-ambiental.

El Dios del *Shalom*, se ha mostrado compañero/a infatigable del pueblo en sus luchas por reconquistar su salud a partir de la satisfacción de sus necesidades básicas y fundamentales. La pastoral de la salud integral (PSI) considerará la re-habilitación y re-armonización del ser humano en relación a su entorno socio-ambiental como un acto creativo y sanador en sí mismo. Todo acto que conlleve la promoción, defensa y construcción de toda forma de vida será la expresión de un Dios que mira su creación desde lo bueno y agradable que existe en ella y no desde sus debilidades y errores.

Finalmente, el *Shalom* ubica a la pastoral de la salud integral en un sitial de responsabilidad socio-histórica. En momentos en donde la crisis institucional de la salud, la especulación de la industria farmacéutica, el enriquecimiento exponencial, la hegemonía de la violencia y el abuso de poder son requisitos inobjetables de sobrevivencia. La Iglesia cristiana y demás confesiones religiosas, desde una perspectiva ecuménica, tienen la oportunidad de integrar esfuerzos y proyectos a partir de la salud integral como signo de unidad en medio de la lucha por el equilibrio de los opuestos: la salud y la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Aldereguía H. Jorge. 1990. *Problemas de Higiene Social y Organización de Salud Pública*. Habana: Científico- Técnica.

__________________. 1996. *La Sanología hoy*. Habana: Centro De Estudio De Salud y Bienestar Humanos (CESBH).

__________________. 2004. *Sanología: Paradigma alternativo*. La Habana: Universidad De La Habana, Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humano (CESBH).

Arroyo, Juan, Eduardo Cáceres, Susana Chávez y Mario Ríos, editores. 2004. *Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos.* Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).

Baltodano, Mireya. 2009. *Introducción a la psicología*. San José: UBL.

Baltodano, Sara. 2003. *Psicología pastoral y pobreza*. San José: UBL.

Biblia de Jerusalén. 1999. Traducción bajo la dirección de la Escuela Bíblica de Jerusalén Bilbao: Desclée de Brouwer.

Boff, Leonardo. 2002. *Ecología: Grito de la tierra, grito de los po*bres. Madrid: Trotta.

Carta de Ottawa. 1986. *Para la Promoción de la Salud Primera.* Fuente, http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf. Revisado, 12/ 11/09.

Conde Herranz, Jesús. 2004. *Introducción a la pastoral de la salud*. Madrid: San Pablo.

Cortina, Adela compiladora. 2000. *La educación y los valores*. Madrid: Fundación Argentaria/Biblioteca Nueva.

Constitución de la Organización de la Salud Mundial (22 de Julio 1946) Nueva York. Fuente, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Revisado, 12/11/09.

Foucault, Michael. 2002. *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

García Férez, José. 1998. *Ética de la Salud en los procesos terminales*. Madrid: San Pablo.

Gebara, Ivone. 2000. *Intuiciones ecofeministas, Ensayo para repensar el conocimiento y la religión.* Madrid: Trotta.

Girardi, Giuglio. 1998. *El ahora de Cuba, Tras el derrumbe del comunismo y tras la visita del Papa Juan Pablo II*. La Habana: Ed. Caminos- Centro Memorial Martin Luther King y Nueva Utopía y Consejo de Iglesias de Cuba.

Gonzáles Carvajal, Luis. 1987. *Los signos de los tiempos, El Reino de Dios está entre nosotros.* Santander: Sal Terrae.

McGuire, M.B. 1991*."Religión, salud y enfermedad".* Madrid: Ed. Cristiandad.

ISAL. 1964. *La responsabilidad social del cristiano*. Guía de estudios. Montevideo, Iglesia y Sociedad en América Latina.

Jiménez Barbán, Yanisel. 2003. "Aplicación del enfoque sanológico en un grupo de hipertensos de la comunidad". Tesis de primer grado en medicina general,

Habana: Instituto superior de ciencias médicas de la habana, Facultad de medicina 10 de octubre- Policlínico docente Luis Pasteur.

Lalonde, Marc. 1981. *The New Perspective on the Health of Canadians*. Toronto: Minister of supply and services.

Martí, José. 1886. *Cartas de Martí*. Nueva York: La Nación.

May, Janet. 2002. *Guía para la presentación de trabajos académicos*. San José: Universidad Bíblica Latinoamericana (UBL).

May, Roy. 2005. "Hacia una Ética sin principios", en *Revista Pasos*, 120:33-40.

Melillo, Aldo compilador. 2002. *Resiliencia, descubriendo las propias fuerzas.* Buenos Aires: Ed. Paidós

Mora, Edwin. 2009. *Consolando la enfermedad*. San José: I.B.P - U.B.L.

Organización Mundial de la Salud. 2008. *Estrategias de cooperación, resumén* http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_cuba_es.pdf. Revisado, 11/11/09.

Piñero, Antonio compilador. 2001. *En la frontera de lo imposible*. Córdoba, España: El Almendro de Córdoba.

Droit, Roger. 3 de abril de 1994. "Entrevista con Umberto Eco". Paris: *Le monde.*

Ruether, Rosemary R. 1993. *Gaia y Dios, Una teología ecofeminista para la recuperación de la Tierra*. México: DEMAC (Documentación y Estudios de Mujeres).

Kinsler Ross y Gloria Kinsler. 1999.*The Biblical Jubilee and the Struggle for life: an invitation to personal, ecclesial, and social transformation.* Maryknoll: Orbis Books.

Vasco Uribe, Alberto. 1982*. Salud, Medicina y Clases Sociales*. Lima: Mosca Azul.

Van Erp, Stephan. 2006. “Una doctrina que salva: Hacia una teología de la Salud y la Medicina”, *Revista Internacional de Teología Concilium,* 315:149-159.